

Patrycja Zurzycka, Katarzyna Czyżowicz, Teresa Radzik

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

Perspektywa intersekcjonalna w praktyce pielęgniarstwa – zarys problematyki

An intersectional perspective in nursing practice
– an outline of the issues

STRESZCZENIE

Każda kategoria społeczna lub kulturowa, która potencjalnie przyczynia się do dyskryminacji jednostki, może wejść w interakcję z inną kategorią, czego efektem będzie nowo powstała dyskryminacja intersekcjonalna. Intersekcjonalność kwestionuje tradycyjną jednowymiarową analizę uwarunkowań zdrowia na rzecz analizy dynamicznych relacji ucisków i przywilejów wpływających na ludzkie życie. W kontekście opieki medycznej intersekcjonalność zakłada, że stan zdrowia, a także funkcjonowanie w obliczu jego zaburzeń, jest wynikiem wzajemnego oddziaływania na siebie wielu czynników, wśród których pacjent funkcjonuje.

Koncepcja intersekcjonalności umożliwić może pielęgniarce i innym profesjonalistom opieki medycznej odejście od postrzegania pacjenta w sposób biomedyczny, koncentrując się wyłącznie na biologicznym wymiarze jego istnienia, w stronę holistycznego ujęcia jego funkcjonowania w obliczu zdrowia, choroby czy niepełnosprawności oraz złożonych zagadnień społecznych i systemowych.

Słowa kluczowe: intersekcjonalność, opieka pielęgniarstwa, opieka medyczna

SUMMARY

Each category – either social or cultural – which potentially contributes to the discrimination of the individual, can enter into interaction with another category, which will result in a newly created intersectional discrimination. The intersectionality questions the traditional one-dimensional analysis of the health determinants in favor of an analysis of dynamic relationships among oppressions and privileges which affect human life. In the context of medical care system, the intersectionality assumes that both: the state of health and functioning of the system in the face of its disorders, result from the interaction of many factors, among which the patient is functioning.

The intersectionality concept can allow nurses and other healthcare professionals to depart from perceiving the patient in a biomedical way, focused on the biological dimension of its existence, towards holistic approach to its functioning in the face of health, illness or disability and complex social and systemic issues.

Key words: intersectionality, nursing care, health care.

Wprowadzenie

Początki zainteresowania interseksjonalnością sięgają lat 60. XX wieku i są ściśle związane z tak zwaną drugą falą feminizmu, odchodzącą od koncepcji feminizmu skupionego głównie na problemach białych, wykształconych kobiet klasy średniej (tzw. białego feminizmu) (Hankivsky, 2008). Jednak kluczowe dla rozwoju koncepcji interseksjonalizmu było zdefiniowanie tego terminu przez Kimberly Crenshaw w 1989 roku, a także późniejsze prace jej autorstwa skupiające się na ukazaniu złożonych czynników i procesów wpływających na kształtowanie życia ludzkiego w wielu jego wymiarach (Bowleg, 2012; Hankivsky, 2008; Hankivsky, 2014; A, Hyży, 2012).

Interseksjonalność określana jest jako teoria przecięć, dyskryminacja wielokrotna (interseksjonalna) czy zwielokrotnione niekorzystne położenie. Podstawowe jej założenia przyjmują, że każda jednostka składa się z wielu tożsamości społecznych i kulturowych, które oddziałują na równoległych poziomach, przyczyniając się do ucisku systemowego, nierówności społecznych lub powstawania przywilejów. Ponadto wszystkie tożsamości społeczne i kulturowe jednostki, takie jak płeć, rasa, klasa społeczna, umiejętności, poziom sprawności, orientacja seksualna czy wyznanie, mogą wchodzić we wzajemne interakcje, powodując nowy wymiar dyskryminacji osoby (Bowleg, 2012; Makkonen, 2002; Struzik, 2012).

Koncepcja interseksjonalności jest teorią wiedzy, która dąży do wyjaśnienia i interpretacji wielu przecinających się systemów ucisków i przywilejów, w obliczu których funkcjonuje jednostka. Ma ona na celu odejście od myślenia liniowego, które określa priorytety jednego aspektu tożsamości, zamiast tego pozwala zrozumieć, co jest tworzone i doświadczane

w wyniku ich wzajemnego oddziaływania. Na podstawie tego skrzyżowania powstaje zupełnie nowy status osoby, który jest czymś więcej niż tylko sumą poszczególnych tworzących go części (Hankivsky, 2008; 2012; 2014a; Van Herk, 2011).

Życie ludzkie nie może być interpretowane wyłącznie z perspektywy pojedynczych kategorii określających człowieka, lecz jest zjawiskiem wielowymiarowym i złożonym, którego realia kształtowane są przez różne wzajemnie na siebie oddziałujące czynniki. Są one zależne od sytuacji i jej kontekstu, bowiem dynamika procesów społecznych może być zmienna w czasie, ale także uzależniona od ich umiejscowienia. Istotne jest również uwzględnienie, iż analiza sytuacji jednostki powinna być prowadzona także w odniesieniu do szerszych struktur i systemów, w których osoba ta funkcjonuje (Hankivsky, 2012; 2014a). Interseksjonalność umożliwia także wykrycie różnych aspektów tożsamości jednostek, ujawnia formy i typy ich położenia lub dyskryminacji, które wynikają z wzajemnych interakcji kategorii społecznych (Hyży, 2012; Yuval-Davis, 2006).

Teoria dyskryminacji wielokrotnej kwestionuje tradycyjną jednowymiarową analizę uwarunkowań zdrowotnych czy zdolności radzenia sobie z chorobą na rzecz analizy dynamicznych relacji wpływających na ludzkie doświadczenia w tym zakresie. W kontekście opieki medycznej teoria przecięć zakłada, że stan zdrowia, ale także radzenie sobie w chorobie i niepełnosprawności zawsze spowodowane jest oddziaływaniem wielu współistniejących czynników.

Analiza kontekstowa sytuacji pacjenta pozwala na lepsze zrozumienie jego położenia oraz możliwości radzenia sobie w okolicznościach, w jakich się znalazł, zarówno

w zakresie profilaktyki, postępowania w chorobie, jak też radzenia sobie z niesprawnością i niepełnosprawnością. Perspektywa intersekcyjna może być szczególnie przydatna w pracy pielęgniarzek, albowiem poświęcają one pacjentowi największą – w porównaniu z innymi profesjonalistami – ilość czasu. Pozwala to na dogłębne zrozumienie tego, w jaki sposób społeczne i kulturowe usytuowanie pacjentów wpływa na ich możliwości radzenia sobie w zdrowiu i chorobie.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie podstawowych założeń intersekcyjności w kontekście praktyki pielęgniarstwa i sprawowania opieki medycznej.

Rozwinięcie

Główne tezy intersekcyjności obejmują założenie, że ludzkie życie nie może zostać zredukowane do pojedynczych cech czy właściwości, natomiast stanowi ono kombinację wzajemnie na siebie oddziałujących czynników, kategorii i struktur społecznych, które są płynne oraz uzależnione od czasu i miejsca (Hankivsky, 2012). Teoria intersekcyjności zakłada, że istnieje wzajemna zależność pomiędzy poszczególnymi składowymi określającymi każdą osobę (Viruell-Fuentes, 2012), a kategorie społeczne ujmowane są wraz z dynamicznymi, elastycznymi i umocowanymi w miejscu historycznym i geograficznym, społecznie skonstruowanymi wpływami (Caiola, 2014; Simpson, 2010). Ludzie nie mogą więc zostać zredukowani do oddzielnych i odseparowanych od siebie kategorii, lecz ich trwanie wynika z wzajemnych wpływów tychże kategorii. Owe wzajemne oddziaływania mogą wpływać pozytywnie, powodując powstanie przywilejów czy sytuacji korzystnych, ale również mogą być przykładem negatywnych interakcji powodujących niekorzystne położenie czy ucisk (Burgess-Pinto, 2015; Simpson, 2010).

Dyskryminacja wielokrotna, powstająca na skutek jednoczesnej przynależności do

wielu grup, może przybrać jedną z trzech postaci. Pierwszą z nich jest dyskryminacja wielokrotna w ujęciu wąskim – polega ona na tym, że jednostka ze względu na przynależność do różnych grup potencjalnie dyskryminujących doświadcza dyskryminacji, która przebiega oddzielnie (również czasowo). Przykładem może być osoba niepełnosprawna ruchowo, która ma ograniczone możliwości awansu zawodowego związane z płcią (dyskryminacja związana z płcią) oraz ograniczone możliwości poruszania się na terenie miejsca zatrudnienia (dyskryminacja związana z niepełnosprawnością). Ten typ dyskryminacji może być niekiedy ujmowany jako zwykła dyskryminacja, ponieważ nie wykazuje się czasowej relacji pomiędzy występującymi zjawiskami. Drugi typ zwany dyskryminacją sumowaną (bądź wiązaną) polega na sumowaniu się różnych przesłanek dyskryminacji w jednym czasie i sytuacji. Dyskryminacja tego typu wiąże się z ograniczeniem w osiąganiu dostępu do dobra czy przywileju ze względu na przyjęte z góry preferencje, które dotyczyć mogą wykształcenia, płci, poziomu sprawności, miejsca zamieszkania i wielu innych cech. Typ trzeci dyskryminacji – intersekcyjna (dyskryminacja krzyżowa) polega na tym, że przynależność jednostki do wielu grup potencjalnego wyłączenia powoduje, że wchodzi ona ze sobą w interakcje powodując powstanie nowego rodzaju wykluczenia (Bowleg, 2008; Cieślukowska, 2012; Hankivsky, 2014b).

Reasumując, intersekcyjność definiowana jest jako podejście, dzięki któremu możliwa jest analiza tego, w jaki sposób społeczne i kulturowe kategorie wchodzi z sobą w interakcje polegające na wzajemnym przecinaniu, nakładaniu i zazębianiu, a także wzajemnym wzmocnieniu (Cieślukowska, 2012). Podstawę koncepcji intersekcyjności stanowi założenie, że każdy człowiek należy do wielu grup mniejszościowych w jednym czasie, co może prowadzić do sumowania potencjalnych dyskryminacji i powstania tzw. dyskryminacji wielokrotnej (dyskryminacji intersekcyjnej). Dyskryminacja wielokrotna nie jest więc prostym wynikiem dodawania

pojedynczych elementów wykluczających, lecz stanowi nowy twór wynikający z interakcji pomiędzy dyskryminującymi kategoriami (Bowleg, 2008; 2012; Cieślukowska, 2012; Crenshaw, 1995).

Perspektywa intersekcyjna w praktyce pielęgniarstwie

Kontekst społeczny, ekonomiczny, polityczny, historyczny i geograficzny mają wpływ na zdrowie zarówno pojedynczych osób, jak i grup społecznych. Wiek, kultura, posiadane umiejętności, pochodzenie etniczne, płeć (zarówno biologiczna, jak i społeczna – *gender*), osiągnięte dochody (w tym dziedziczone międzypokoleniowe ubóstwo), rasa, orientacja seksualna, przetrwały stres, warunki mieszkaniowe, zanieczyszczenie środowiska, dostęp do zdrowej żywności, duchowość czy konieczność łączenia pracy zawodowej z funkcją opiekuńczą – mogą stanowić wyznaczniki dostępu do społecznych i materialnych determinantów wpływających na życie ludzkie, w tym także w obszarze zdrowia, opieki pielęgniarstwie i medycznej (Hankivsky, 2014a; Iyer, 2008; McGibbon, 2011; Van Herk, 2011).

Praktyka pielęgniarstwa świadczona wobec pojedynczych ludzi, jak i grup społecznych powinna uwzględniać oszacowanie nierówności (np. w dostępie do opieki medycznej, profilaktyki czy w możliwościach prowadzenia zdrowego stylu życia), a także skupiać się na kulturowej różnorodności pacjentów, co umożliwi całościową ocenę potrzeb i ich zaspokojenie. Winna także być skoncentrowana na złożonych relacjach pomiędzy ludźmi a otaczającym ich światem społecznym. Intersekcyjne postrzeganie pacjenta sprzyja rozumieniu, w jaki sposób dyskryminacje i nierówności społeczne, czynniki wpływów i strukturalne, a także socjalne i ekologiczne determinują poziom zdrowia i radzenia sobie z chorobą czy niepełnosprawnością. Istotne jest również dostrzeżenie, że wiele tożsamości i doświadczeń związanych z poszczególnymi ludźmi (poziom mikro) wchodzi w relacje z nierównościami społecznymi wynikającymi z poziomu makro, np. unormowania prawne

(Bogaccagni, 2015; Burgess-Pinto, 2015; Davy, 2011).

Perspektywa wykluczenia intersekcyjnego powinna być szczególnie uważnie rozważana przez pielęgniarki jako osoby przygotowane merytorycznie do świadczenia opieki indywidualizowanej. Jest to możliwe poprzez tworzenie indywidualnych planów opieki pielęgniarstwie, a także planów edukacji uwzględniających nierówności dotyczące zarówno pojedynczych pacjentów, jak i szerszych grup osób objętych opieką pielęgniarstwie. Koncepcja ta pozwolić może na dostrzeżenie, w jaki sposób społeczne usytuowanie jednostek wpływa na ich możliwości i doświadczenia w kontekście zdrowia i choroby (Bowleg, 2008; Hyży, 2012). Podejście intersekcyjne do problematyki zdrowia obejmuje także rozumienie, w jaki sposób oraz w oparciu o jakie podstawy pacjent utrzymuje swoje zdrowie oraz radzi sobie w sytuacjach jego pogorszenia. Albowiem wszelkie podejmowane przez człowieka aktywności odnoszące się do utrzymania zdrowia i radzenia sobie z chorobą czy niepełnosprawnością wynikają z wielu wzajemnie na siebie oddziałujących czynników. Złożoność skutków zdrowotnych i społecznych wynikających z intersekcyjności jest widoczna w czasie całego życia człowieka i jest istotnym determinantem jego jakości i przebiegu. Osiągane dzięki perspektywie intersekcyjnej całościowe zrozumienie pacjenta umożliwia sprawowanie holistycznej, adekwatnej do potrzeb, satysfakcjonującej i wydajnej opieki pielęgniarstwie (Bowleg, 2014; Hankivsky, 2014a; Davy, 2011; McGibbon, 2011; Pauly, 2009). Na etapie dokonywania oceny pielęgniarstwie pacjenta konieczne jest uwzględnienie wszystkich czynników, które mogą przyczyniać się do powstania wykluczenia intersekcyjnego (np. połączenie niekorzystnej sytuacji zdrowotnej związanej z niepełnosprawnością ze starszym wiekiem pacjenta i trudnościami w dostaniu się do placówki opieki medycznej, niskimi dochodami utrudniającymi zakup zleconych leków). Stawiane diagnozy pielęgniarstwie powinny również uwzględniać tożsamości

kulturowe i społeczne, w obszarze których pacjent funkcjonuje. Formułowanie celów opieki pielęgniarstwa i jej realizacja powinny, prócz podejmowania działań opiekuńczych, leczniczych, psychopedagogicznych, uwzględniać uwarunkowania sprawowanej opieki związane zarówno z możliwym wystąpieniem dyskryminacji prostej (jednoczynnikowej), jak i intersekcjonalnej (np. zwrócenie uwagi, czy zalecenia skierowane do pacjenta są dla niego możliwe do realizacji i poprzez powstające interakcje nie spowodują one nowego rodzaju wykluczenia). Ewaluacja prowadzonego procesu opieki, prócz oczywistej oceny jej skutków, zawierać powinna także oszacowanie, czy w świadczonej opiece uwzględnione zostały zagadnienia związane z wykluczeniem intersekcjonalnym oraz czy podjęto wobec ich wystąpienia działania zaradcze (zminimalizowano ryzyko dyskryminacji danej osoby czy grupy osób).

Podejście intersekcjonalne oferuje pielęgniarstwu możliwość poprawy indywidualnej opieki nad pacjentami poprzez lepsze jej dostosowanie do ich potrzeb z uwzględnieniem tożsamości społecznej i kulturowej, może również stanowić podstawę do podjęcia działań w szerszym zakresie; obejmujących edukację, badania naukowe, a także tworzenie unormowań prawnych i kształtowanie polityki zdrowotnej (Hankivsky, 2010; Holmgren, 2014).

Pielęgniarstwo potrzebuje także teoretycznej perspektywy, uwzględniającej położenie socjalne jednostek, kontekst społeczny, ekonomiczny i polityczny w aspektach związanych ze zdrowiem, chorobą i świadczeniem opieki. Perspektywa spoglądania na pacjenta jako na jednostkę łączącą jednocześnie wiele ról pozwala na uwidocznienie problemów i potrzeb zdrowotnych zwłaszcza tych osób, których potrzeby są marginalizowane. Podstawa taka umożliwić może podjęcie działań eliminujących marginalizację nierówności w stanie zdrowia i dostępie do opieki, a także wpływać na minimalizację ryzyka powstania wykluczenia społecznego. Ponadto perspektywa ta może w istotnym stopniu wpłynąć na

skuteczność i efektywność sprawowania szeroko pojętej opieki pielęgniarstwa zarówno wobec jednostek, jak i grup społecznych (Holmgren, 2014; Pauly, 2009; Rogers, 2011; Van Herk, 2011).

Niektóre osoby mogą doświadczać dyskryminacji w dostępie do opieki zdrowotnej z różnych, często złożonych powodów. Istotną rolę personelu medycznego jest niwelowanie tych różnic. W związku z tym należy w większym stopniu skoncentrować się na grupach osób szczególnie narażonych na dyskryminację i wykluczenie. Są nimi przedstawiciele tzw. grup wrażliwych, które są podatne na nierówności w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej i może ich dotyczyć dyskryminacja krzyżowa. Do grup tych należą przede wszystkim osoby starsze, dzieci, niepełnosprawni i osoby przynależące do mniejszości etnicznych (Hankivsky, 2012; EU Agency for Fundamental Rights 2016). Pamiętać jednak należy, że żadna z kategorii ucisku czy przywilejów nie może być automatycznie uznana za najbardziej szkodliwą czy pozytywną dla jednostki (Hankivsky, 2012; Rogers, 2011). Każdorazowo wymagane jest przeprowadzenie szczegółowej analizy interakcji pomiędzy kategoriami dotyczącymi danej osoby. W praktyce pielęgniarstwa przydatne do prowadzenia takiej analizy jest zebranie wyczerpującego wywiadu od pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem dotyczących go dyskryminacji i nierówności społecznych, czynników wpływających na jego poziom zdrowia czy radzenia sobie z niepełnosprawnością. Również obserwacja wyglądu pacjenta, jego zachowania czy otwartości w odpowiedziach na zadawane mu pytania może być istotną wskazówką umożliwiającą pielęgniarce ocenę ryzyka wystąpienia dyskryminacji intersekcjonalnej.

Korzyści wynikające z wykorzystania podejścia intersekcjonalnego w opiece pielęgniarstwa obejmują przede wszystkim możliwość sprawowania opieki adekwatnej do potrzeb pacjentów z uwzględnieniem ich sytuacji wynikającej z wykluczenia intersekcjonalnego. Istotna jest również możliwość planowania programów profilaktycznych

dostosowanych do potrzeb różnych grup oraz eliminacja dyskryminacji w dostępie do opieki i poprawa jakości opieki. Intersekcyjnalne ujęcie problematyki zdrowia i choroby może przynieść korzyści dla samych odbiorców opieki (na poziomie jednostkowym oraz grup społecznych), ale także może wpłynąć na prowadzone badania naukowe, praktykę i edukację. Umożliwić może również generowanie informacji i materiałów edukacyjnych odpowiadających na potrzeby konkretnych grup społecznych (Hankivsky, 2014a; 2014b; Kossman, 2009; Van Herk, 2011).

Perspektywa intersekcyjnalna może być rozpatrywana jako teoria, metodologia badań, paradygmat lub ramy badań. Podejście to powinno stanowić punkt wyjścia do prowadzenia szczegółowych badań mających na celu redukcję i eliminację nierówności społecznych w dostępie do opieki zdrowotnej oraz w osiąganym poziomie zdrowia (Hankivsky, 2012; 2014a; Iyer, 2008; Van Herk, 2011). Podejście to może stanowić źródło wiedzy i kierunek zmian w badaniach biomedycznych, polegających na uwypukleniu różnic pomiędzy grupami i poszukiwaniu czynników, które wchodzą ze sobą w interakcje i wywierają wpływ na utrzymanie zdrowia jednostki, a także radzenie sobie z chorobą czy niepełnosprawnością (Hyży, 2012).

W pielęgniarstwie stosunkowo niedawno zainicjowano intersekcyjnalne podejście do analizowania społecznych determinantów zdrowia oraz konstruktów społecznych, które wpływają na nierówności w poziomie zdrowia i dostępie do opieki. Analiza intersekcyjnalna z pewnością wymaga dalszego rozwoju zarówno w naukowych badaniach pielęgniarstkich, jak i praktyce zawodowej (Caiola, 2014).

W prowadzeniu prac badawczych nad wykluczeniem intersekcyjnalnym należy brać również pod uwagę obserwację wzajemnych interakcji pomiędzy pacjentami a opiekującym się nimi personelem (Davy, 2011). Analiza perspektywy intersekcyjnalnej powinna także obejmować zagadnienia związane z praktykowaniem pielęgniarstwa jako zawodu, zwłaszcza w kontekście równości w zawodzie,

dyskryminacji i ich pozycji zawodowej w systemie opieki zdrowotnej (Kossman, 2009; Pauly, 2009; Van Herk, 2011).

Wnioski

Intersekcyjnalność najczęściej definiowana jest jako koncepcja zakładająca postrzeganie człowieka, którego istota została ukształtowana przez wzajemne oddziaływanie wielu czynników (np. płci, rasy, pochodzenia etnicznego, klasy społecznej, wieku, sprawności lub niepełnosprawności, wyznawanej religii, statusu migracyjnego czy seksualności). Wzajemne relacje tych czynników przebiegają w kontekście przywilejów i ucisku, systemów i struktur władzy, polityki, systemu gospodarczego, instytucji religijnych czy mediów. Istotne jest dostrzeżenie, że tożsamość społeczna nie jest niezależna i jednowymiarowa, lecz zależy od wielu czynników wchodzących we wzajemne interakcje.

Koncepcja intersekcyjnalności umożliwić może pielęgniarcom i innym profesjonalistom opieki medycznej odejście od postrzegania pacjenta w sposób biomedyczny, koncentrujący się wyłącznie na biologicznym wymiarze jego istnienia, w stronę holistycznego ujęcia jego funkcjonowania w obliczu zdrowia, choroby czy niepełnosprawności oraz złożonych zagadnień społecznych i systemowych.

Intersekcyjnalność ma także na celu promowanie sprawiedliwości społecznej poprzez uznanie, że nierówności, które przyczyniają się do różnic w stanie zdrowia i dostępie do opieki zdrowotnej wynikają z wielu współzależnych elementów.

Mimo że w porównaniu z innymi profesjonalistami pielęgniarzki spędzają z pacjentem najwięcej czasu, w codziennej praktyce – ze względu na organizację i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej – mają one często ograniczony czas, jaki mogą poświęcić konkretnemu choremu. Niejednokrotnie prowadzi to do sytuacji, w której poznanie wszystkich elementów wpływających na wykluczenie intersekcyjnalne danej osoby może być utrudnione.

Bibliografia

- Boccagni P. (2015). (Super)diversity and the migration-social nexus: a new lens on the field of access and inclusion? *Ethnic and Racial Study*, 38(4), 608–620.
- Bowleg L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality – an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267–1273.
- Bowleg L. (2008). When Black + lesbian + woman ≠ Black lesbian woman: the methodological challenges of qualitative and quantitative intersectionality research. *Sex Roles*, 59, 312–325.
- Burgess-Pinto E., Little A. (2015). An exploration of the application of an intersectionality paradigm in nursing education: Why don't we act on what we know? *International Conference Of Public Policy*, Milan 2015. <http://www.icpublicpolicy.org/conference/file/reponse/1433907055.pdf> [data cytowania 17.07.2016].
- Caiola C., Docherty S., Relf M., Barroso J. (2014). Using an intersectional approach to study the impact of social determinants of health for African American mothers living with HIV. *ANS Advances in Nursing Science*, 37(4), 287–298.
- Cieślakowska D., Sarata N. (2012). *Dyskryminacja wielokrotna – historia, teorie, przegląd badań*. Warszawa: Fundacja Fundusz Współpracy i Towarzystwo Edukacji Antydyskryminacyjnej.
- Crenshaw K. (1995). Mapping the margins: intersectionality, identity politics and violence against women of colour. Crenshaw K., Gotanda N., Peller G. (red.), *Critical race theory: The key writings that informed the movement*. New York: New York Press, 357–383.
- Davy Z. (2011). The promise of intersectionality theory in primary care. *Quality in Primary Care*, 19(5), 279–281.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2016). https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-factsheet_inequalitiesmultidiscrimination_pl.pdf [data cytowania 10.06.2016].
- Hankivsky O. (2014a). *Intersectionality 101*. Vancouver: Institute for intersectionality research and policy.
- Hankivsky O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*, 74(11), 1712–1720.
- Hankivsky O., Christoffersen A. (2008). Intersectionality and the determinants of health: A Canadian perspective. *Critical Public Health*, 18(3), 271–283.
- Hankivsky O., Grace D., Hunting G., Giesbrecht M., Fridkin A., Rudrum O., Clark N. (2014b). An intersectionality-based policy analysis framework: Critical reflections on methodology for advancing equity. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 50–78.
- Hankivsky O., Reid C., Cormier R., Varcoe C., Clark N., Benoit C., Brotman S. (2010). Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. *International Journal for Equity in Health*, 9(5), 3–15.
- Holmgren J., Emami A., Eriksson L., Eriksson H. (2014). Intersectional perspectives on family involvement in nursing home care: rethinking relatives' position as a betweenship. *Nursing Inquiry*, 21(3), 227–237.
- Hyży E. (2012). Wkład feministycznych teorii etycznych do bioetyki. *Nowiny Lekarskie*, 81(5), 524–533.
- Iyer A., Sen G., Ostlin P. (2008). The intersections of gender and class in health status and health care. *Global Public Health*, 3(1), 13–24.
- Kossman S. (2009). The power of nurse educators: Welcoming and unwelcoming behaviours. Boshier S., Pharris M. (red.), *Transforming nursing education: The culturally inclusive environment*. New York, Springer Publ. Comp., 27–60.
- Makkonen T. (2002). *Multiple, compound and intersectional discrimination: bringing the experiences of the most marginalized to the fore*. Turku: Institute For Human Rights Åbo Akademi University.
- McGibbon E., Mc Pherson Ch. (2011). Applying Intersectionality & Complexity Theory to Address the Social Determinants of Women's Health. *Women's Health and Urban Life*, 10 (1), 59–86.
- Pauly B., MacKinnon K., Varcoe C. (2009). Revisiting who gets care? Health equity as an arena for nursing action. *Advances in Nursing Science*, 32(20), 118–127.
- Rogers J., Kelly U. (2011). Feminist intersectionality: Bringing social justice to health disparities research. *Nursing Ethics*, 18(3), 3397–3407.
- Simpson A. (2010). *Toolkit for Applying Intersectionality*. Ottawa, Canadian Research Institute for the Advancement of Women.
- Struzik J. (red.) (2012). *Niewidoczne (dla) społeczności. Sytuacja społeczna lesbijek i kobiet biseksualnych mieszkających na terenach wiejskich i w małych miastach w Polsce. Raport z badań*. Kraków: Fundacja Przestrzeń Kobiet.

- Van Herk K., Smith D., Andrew C. (2011). Examining our privileges and oppressions: incorporating an intersectionality paradigm into nursing. *Nursing Inquiry*, 18(1), 29–39.
- Viruell-Fuentes E., Miranda P., Abdulrahim S. (2012). More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099–2106.
- Yuval-Davis N. (2006). Intersectionality and feminist politics. *European Journal of Women's Studies*, 13(3), 193–209.